



**SAVONIA**

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# TAVALLISIMMAT VÄKIVAL- TATILANTEET HOITO- TYÖSSÄ

Käsikirjoitukset Savonia-ammattikorkeakoulun simulaatio-opintoihin

TE -

Eemeli Ek

KIJÄ/T:

Janne Räisänen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Eemeli Ek ja Janne Räisänen	
Työn nimi Tavallisimmat väkivaltatilanteet hoitotyössä - Käsikirjoitukset Savonia-ammattikorkeakoulun simulaatio-opintoihin	
Päiväys 29.4.2017	Sivumäärä/Liitteet 36/4
Ohjaaja(t) THM, Lehtori Arja Kemiläinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Savonia-ammattikorkeakoulu	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, opinnäytetyössä luotiin käsikirjoitukset simulaatio-opintoihin Savonia-ammattikorkeakoulun käyttöön. Tavoitteena oli käsikirjoitusten avulla kehittää niin simulaatio-oppimista kuin tulevien hoitajien valmiuksia kohdata väkivaltatilanteita hoitotyössä.</p> <p>1990-luvun lopulla otettiin Englannissa käyttöön nollatoleranssi väkivaltaan terveydenhuollossa. Tästä kymmenen vuotta myöhemmin Kuopion yliopistollinen sairaala otti nollatoleranssin käyttöön. Tämä itsessään kertoo, kuinka vasta viime aikoina Suomessa ollaan havahduttu hoitajien kohtaaman väkivallan määrään. Asiaa on paljon tutkittu niin Suomessa kuin ulkomailla ja tulokset osoittavat sairaaloiden päivystyksien sekä psykiatrisen puolen olevan riskialteimmat väkivallan suhteen.</p> <p>Fyysinen väkivalta esiintyy etenkin lyömisenä, raapimisena sekä potkimisena. Henkisen väkivallan muotoina korostuu haukkuminen, uhkailu ja toisen arvon alentaminen. Vuonna 2008 KYS:llä tehdyssä kyselytutkimuksessa 2074 vastaajasta noin 34 % oli kohdannut työssään fyysistä väkivaltaa, 54 % kertoi kohdanneensa henkistä väkivaltaa. Vastaavasti 2010 tehdyssä tutkimuksessa ensihoitajista 74 % oli kohdannut fyysistä väkivaltaa työssään.</p> <p>Simulaatioiden käsikirjoitukset tehtiin tutkimusten pohjalta nostamaan esille tavallisimpia väkivaltatilanteita sairaalan eri osastoilta sekä hoitotyöstä. Käsikirjoitusten tärkeimmäksi alueeksi nousi aggressiivisen potilaan kohtaamisen sekä ajatusten herättämisen hoitajan omasta roolista aggressiivisen potilaan kohtaamisessa sekä väkivaltatilanteiden ehkäisyssä.</p>	
<p>Avainsanat</p> <p>Simulaatio-oppiminen, Väkivalta, Hoitotyö</p>	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Eemeli Ek and Janne Räisänen			
Title of Thesis Most common scenes of violence in nursing – Scripts of simulation exercises			
Date	29.04.2017	Pages/Appendices	36/4
Supervisor(s) Arja Kemiläinen			
Client Organisation /Partners Savonia University of Applied Sciences			
<p><b>Abstract</b></p> <p>The purpose of this development project was to create scripts for simulation exercises at Savonia university of applied sciences. The aim of this thesis was to improve simulation learning and the readiness of nursing students in violent situations. The aim is also to help the nursing students to know how to react in violent situations.</p> <p>At the end of the 1990s United Kingdom started zero-tolerance of violence policy in health care. Ten years later the same policy was introduced at Kuopio university hospital. This by itself explains just how recently Finland has awoken to realise how much violence nurses must face in health care. It is a topic that has been widely re-searched in Finland and abroad. The results show that most of the violent events take place in emergency room and in psychiatric care.</p> <p>Physical violence from patient to nurse are usually hitting, scratching or kicking. Forms of psychological violence are usually calling names, threatening and demeaning others' dignity. A study made in 2008 at Kuopio university hospital showed that 34 % of 2074 responders had faced physical violence at work, 54 % had faced psychological violence. A study made in 2010 for the paramedics told that 74 % had faced physical violence at work.</p> <p>The scripts for the simulations were based in various studies to highlight the most common scenes of violence on different wards of hospitals and in nursing. In the scripts, we wanted to accent debriefing and we wanted that the scripts will make the pupils think about the role of a nurse when facing aggressive patients and how to prevent violent scenes.</p>			
<p><b>Keywords</b> Simulation-based learning, Violence, Nursing</p>			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	5
2	VÄKIVALLAN MONET MUODOT .....	6
2.1	Fyysinen väkivalta .....	6
2.2	Henkinen väkivalta .....	7
2.3	Seksuaalinen väkivalta .....	8
3	VÄKIVALTAISEEN KÄYTÖKSEEN JOHTAVAT TEKIJÄT .....	9
3.1	Mielenterveyden ongelmat .....	9
3.2	Päihdeongelmat .....	10
3.3	Alzheimerin taudin käytösoireet .....	10
4	UHKATILANTEIDEN ENNAKOINTI JA HALLINTA .....	12
4.1	Kiihtyneen psykoottisen potilaan kohtaaminen .....	13
4.2	Alzheimerin käytösoireet .....	14
4.3	Epäasiallinen käytös .....	15
5	SIMULAATIO OPETUSTILANTEENA .....	16
6	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS .....	18
6.1	Aiheen valinta ja tiedonhankinta .....	18
6.2	Simulaatioihin valmistavien ennakkomateriaalien valitseminen .....	18
6.3	Simulaatiokäsikirjoituksen laatiminen .....	18
7	POHDINTA .....	20
7.1	Luotettavuus ja eettisyys .....	20
7.2	Tuotoksen arviointi .....	21
7.3	Oma oppiminen .....	22
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT .....	24
	LIITE 1. SIMULAATIOKÄSIKIRJOITUS 1 .....	28
	LIITE 2. SIMULAATIOKÄSIKIRJOITUS 2 .....	30
	LIITE 3. SIMULAATIOKÄSIKIRJOITUS 3 .....	32
	LIITE 4. PALAUTELOMAKE PILOTOINTIA VARTEN .....	34

## 1 JOHDANTO

Potilaan käyttäytyessä fyysisesti aggressiivisesti on tilanne päässyt jo etenemään vaiheeseen, jota on vaikea hallita. Ennakointi uhkaavissa tilanteissa on tilanteen hallinnan kannalta oleellista. Uhkaavasti käyttäytyvään henkilöön voidaan yhä parhaimmillaan keskustelemalla saada yhteistyökykyyn ilman fyysistä voimankäyttöä tai tarvetta aloittaa toimia potilaan vapauden rajoittamiseksi. Hyvin usein onkin lopulta hoitajien omista taidoista sekä koulutuksesta kiinni, kuinka hyvin nämä uhkaavat tilanteet saadaan kuriin ilman ulkopuolisia apuja. (Lehestö, Koivunen ja Jaakkola 2004, 98-99.)

Väkivaltatilanteiden määrä hoitoalalla Suomessa on korkea. Suomessa ennen 1980-lukua sosiaali- ja terveysalalla työtä tehneistä raportoitiin vain 1 % kokeneen väkivaltatilanteita työssään. Tästä kymmenen vuoden kuluttua sama luku oli jo noussut 10 %: iin. (Soisalo 2011, 12-13.) Tehyn tuottamana kyselytutkimuksen mukaan noin joka kolmas hoitaja on kohdannut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa ja kaksi kolmasosaa saanut osakseen uhkailua, arvostelua tai nimittelyä. (Markkanen 2000, 19.) Eteläsuomalaisella A-klinikan osastolla sekä poliklinikalla tuotetun kyselytutkimuksen mukaan jokainen kyselyyn vastannut hoitaja oli työssään kohdannut joko fyysistä tai verbaalista väkivaltaa, osa vastanneista jopa kumpaakin (Vahtera 2011, 13-14). Kuopion yliopistollisessa sairaalassa toteutetun tutkimuksen mukaan taas joka neljäs hoitaja on kohdannut fyysistä väkivaltaa työssään (Parviainen ja Ulmanen 2010, 23-25). Tilastokeskuksen Työvoimatutkimus taas osoittaa, että melkein 20 % työntekijöistä terveyden- ja sairaanhoitotyön parissa on kokenut työväkivaltaa työssään (Tilastokeskus 2009).

Hoitotyön organisaatioille suunnattu AVEKKI I –koulutus opettaa hoitajia kohtaamaan aggressiivisen potilaan tai omaisen hoitotyössä. Koulutuksessa opetetaan mm. hallintaotteita sekä tapoja irrottautua kuristusotteesta. (Hakkarainen, Heikkinen, Hietanen, Jokiniemi, Lommi ja Taatola 2007, 4.) Kuopion yliopistollisessa sairaalan päivystyspoliklinikalla suoritettu kyselytutkimus antoi kuitenkin viitteitä AVEKKI – koulutuksen tavoitteiden jääneen toteutumatta kolmasosan mielestä (Parviainen ja Ulmanen 2010, 34).

Savonia-ammattikorkeakoulussa väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen on sisällytetty perusopinnoissa väkivallan hallinta ja ennaltaehkäisy, AVEKKI -koulutukseen. Mielestämme AVEKKI-koulutus ei kuitenkaan anna tarpeeksi tarvittavia valmiuksia erilaisten väkivaltatilanteiden hallintaan. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda kolme käsikirjoitusta Savonia-ammattikorkeakoulun käyttöön simulaatio-opintoihin. Käsikirjoitusten avulla voidaan kehittää simulaatio-oppimista sekä opiskelijoiden valmiuksia kohdata väkivaltatilanteita hoitotyössä.

## 2 VÄKIVALLAN MONET MUODOT

Väkivaltaa voidaan määritellä useammalla eri tavalla, mutta tähän työhön olemme valinneet World Health Organizationin (WHO) luoman määritelmän. WHO:n määritelmän mukaan väkivalta on fyysisen voiman tai vallan käyttäminen uhkailuun tai vahingoittamiseen. Väkivalta voi kohdistua joko toiseen henkilöön tai henkilöön itseensä. WHO:n raportissa väkivalta jaotellaan neljään osa-alueeseen: fyysinen, henkinen ja seksuaalinen väkivalta, sekä tarpeiden tyydyttämättä jättäminen tai laiminlyönti. Tämän määritelmän mukaisesti väkivalta ei rajoitu pelkästään tahalliseen fyysisen vamman aiheuttamiseen vaan ottaa huomioon myös mm. psykologisia ongelmia aiheuttavat tekijät. Määritelmässä poisluetetaan kaikki tahattomat tapahtumat, jolloin väkivalta tarkoittaa nimenomaan tahallista ja tuotettua. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi ja Lozano. 2002, 22-23.)

Euroopan komissio on määritellyt työväkivallan yhden tai useamman henkilön kohtaamaksi häirinnäksi tai väkivallaksi, jota ei voida nähdä hyväksyttäväksi. Näihin kuuluu mm. uhkailu, nöyryytys sekä väkivaltainen toiminta toista kohtaan. Kaiken keskiönä on kuitenkin toisen henkilön ihmisarvon rikkominen. (Euroopan yhteisöjen komissio 2007.)

Väkivallan uhka työpaikalla on työntekijälle niin henkinen kuin fyysinen kuormittaja. Kuormittuminen työssä näkyy mm. alentuneella kyvyllä suorittaa omia töitä, sairaspotilaaloina sekä pahimmillaan työpaikan vaihdoksena. (Työsuojelu 2015). Sen lisäksi, että työpaikkaväkivallasta seuraa kuormitusta, voi ilmetä myös fyysisiä merkkejä väkivallasta esimerkiksi tarrautumisesta tai päällekkäisyydestä. Seurauksina on mustelmia, mahdollisesti myös työkyvyttömyyttä ja pahimmillaan kuolema (Puumi 2009, 4). Väkivalta aiheuttaa yksilötalossa vakavia fyysisiä ja henkisiä ongelmia, mutta vaikuttaa myös monesti koko henkilöstötasolla. Jatkuva väkivalta- ja uhkatilanteiden ilmapiiri saattaa henkilöstössä aiheuttaa lamaantumisen, mutta myöskin alkavan kostonkierteen mahdollisissa uhkatilanteissa. (Lehestö ym. 2004, 86.)

### 2.1 Fyysinen väkivalta

Fyysinen väkivalta on käsitteenä hyvin konkreettinen. Siitä voi jäädä selvä jälki ja sen seuraukset voivat olla kauaskantoiset, mm. työkyvyttömyys vamman vuoksi. Se pitää sisällään väkivallanteon, kuten potkiminen ja lyöminen sekä kiinnipitäminen ja sylkemisen. (Puumi 2009, 3-4.) Rasimuksen (2002, 150-151) tutkimuksen perusteella päivystyspoliklinikalla yleisimpiä fyysisen väkivallan muotoja hoitajia kohtaan ovat olleet raapiminen, hakkaaminen, potkiminen ja tiukkaan otteeseen joutuminen. Nämä kuitenkin ovat nimenomaan päivystyspoliklinikalla saatuja tutkimustuloksia, joissa ikä, sukupuoli ja potilaiden taustatekijät vaihtelevat suuresti. Pitkäsen (2003, 20) psykiatrisen hoitotyön alalta tehdyn tutkimuksen osalta voidaan nähdä yhä laajempia fyysisen väkivallan muotoja. Tutkimus osoitti hoitajien kohtaavan mm. lyömistä, raapimista, potkimista, puremista ja päällekkarkauksia. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2008 tehty tutkimus osoitti hoitajien kohdanneen 772 fyysisen väkivallan tapausta, kyselyyn osallistui 2074 työntekijää. Tapauksista 53% oli lieviä pahoinpitelyjä, 22 % lieviä pahoinpitelyjä, joista aiheutui mustelmia tai kolhuja sekä 1% vakavia pahoinpitelyjä. (Pitkänen, Haatainen, Pietarinen-Lyytinen ja Hoffren, 2009, 10-22.)

Sutisen (2010, 15-17) Helsingin pelastuslaitoksen ensihoito- ja sairaankuljetushenkilöstölle tekemässä kyselytutkimuksessa 74,1 % (43 ensihoitajaa) vastasi kohdanneensa fyysistä väkivaltaa työssään. Lyöminen, raapiminen, kiinnikäyminen ja sylkeminen nousevat kyselyissä yleisimmiksi fyysisen väkivallan muodoiksi. Kyselyyn vasta 58 ensihoitajaa, ja heistä 17 oli kohdannut työssään tylpällä esineellä heittämistä ja viisi tylpällä esineellä lyömistä. Jopa kahdeksan ensihoitajaa ilmoittivat kohdanneensa työssään taponyrityksen. Leppäsen (2016, 33-34) Pirkanmaan pelastuslaitokselle tekemä kyselytutkimus, johon vastasi kuusi ensihoidon työntekijää, vastaa tuloksiltaan hyvin pitkälti samaa kuin edellä mainitussa. Väkivaltatilanteiden määrä on suuri ensihoidossa. Tutkimuksen mukaan noin joka toinen tai kolmas vuoro hoitaja kohtaan joko fyysistä tai henkistä väkivaltaa. Fyysistä väkivaltaa ilmeni tutkimuksen mukaan käsiksi käymisenä, kiinni tarttumisena, sylkemisenä, raapimisena, tönmäisena tai lyömisena. Myös uhkatilanteina koettiin teräaseella tai muulla esineellä uhkaaminen, tavaroiden hajoittaminen sekä potilaan tai muun henkilön tuleminen liian lähelle hoitajaa.

Yhdysvalloissa vuonna 2011 aloitettu tutkimus osoitti kahdeksassa sairaalassa tapahtuneen vuoden aikana 214 raportoitua väkivallantekoa, joista arviolta 90 % oli fyysistä väkivaltaa suoraan hoitohenkilöstöä kohtaan. 34 % prosenttia näistä johtivat vahinkoon, minkä vuoksi hoitajan täytyi olla poissa töistä. Tutkimuksessa yleisimpinä väkivallantekoina nousevat esiin kiinnipitäminen/kuristaminen sekä lyöminen. (Arnetz, Hamblin, Essenmacher, Upfal, Mark, Ager, Luborsky.. 2014, 340-342.) Kiinassa vastaavasti 2014 tehtyyn kyselytutkimukseen vastasi 3004 työntekijää 28 eri sairaalasta. Vastaajista noin 26 % oli kokenut fyysistä väkivaltaa työssään. (Zhang, Wang, Xie, Zhou, Li, Yang ja Zhang 2016.) Tutkimus ei kerro tarkemmin, millaista fyysistä väkivaltaa työntekijät olivat kohdanneet.

## 2.2 Henkinen väkivalta

Henkinen väkivalta pitää sisällään hyvin erinäisiä muotoja. Henkinen väkivalta voi olla näkymätöntä ja kuulumatonta, mutta myöskin kovaäänistä sekä hyökkäävää. Henkisen väkivallan tilanteita voidaan luetella lukemattomia. Sellaisia voivat olla haukkuminen, uhkailu, toisen henkilön sivuuttaminen ja oman arvon alentaminen. (Vartia ja Perkka-Jortikka 1994, 29.) Rasimuksen (2002) tutkimus osoittaa päivystyksen yleisimpinä väkivaltatilanteina uhkailun, nimittelyn ja haukkumisen. Tämä puolestaan osoittaa henkisten väkivaltatilanteiden olevan yleisempiä kuin fyysisten. KYS:llä tehtyyn kyselyyn vastanneista 54 % (1130 työntekijää) vastasi kohdanneensa epäasiallista kohtelua potilaalta. 256 vastanneista oli kohdannut henkistä väkivaltaa myös potilaan omaiselta tai saattajalta. Nämä osoittautuivat pääsääntöisesti uhkailuna ja vihjailuna sekä työn tuloksen mitätöimisenä. (Pitkänen ym. 2009, 23.)

Pitkäsen ym. (2009) tutkimuksessa nousevat myös vahvasti esille työpaikkakiusaamisen muodot toisia työtovereita kohtaan. Vuonna 2003 ja 2008 tehdyissä kyselyissä nousee esille epäasiallisen kohtelun kaksinkertaistunut määrä työtoverien kohdalta sekä esimiesten osalta 1,5 kertaistunut. Epäasiallinen kohtelu esiintyi mm. pilkkaamisena ja naureskeluna, työn tuloksen mitätöimisenä sekä uhkailuna ja vihjailuna. Tähän kehittämistyöhön emme kuitenkaan tarkoituksella ottaneet lähempään tarkasteluun työpaikkakiusaamista, koska rajasimme aiheen nimenomaan potilaan taholta tulevaan väkivaltaan.

## 2.3 Seksuaalinen väkivalta

THL määrittelee seksuaalisen väkivallan seuraavasti: Seksuaalista väkivaltaa on esimerkiksi ahdistelu, lähentely, häirintä, koskettelu, pakottaminen nöyryyttäviin tai epämiellyttäviin seksuaalisiin tekoihin, seksiin pakottaminen, insesti ja raiskaus (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2015). Suomen laissa on rikoslakiin kirjattu seksuaalirikokset, joissa teon täytyy olla vakava. Oma lukunsa on kuitenkin seksuaalirikoksissa, jossa on huomioitu myöskin seksuaalinen ahdistelu. Teon täytyy kuitenkin loukata seksuaalista itsemääräämisoikeutta. (Rikoslaki 19.12.1889/39.) Seksuaalinen häirintä voidaan taas tulkita Suomen laissa tasa-arvolain puitteissa syrjintänä (Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta 609/1986). Seksuaalinen väkivalta voidaan nähdä yhtenä henkisen väkivallan muotona (Vartia ja Perkka-Jortikka 1994, 31). Tähän työhön kuitenkin otimme tämän asian tarkoituksella erillisenä kokonaisuutena, tarkoituksena korostaa sen yleisyyttä hoitotyössä. Terveyslaitoksen tutkimuksen mukaan naisista 3 % ja miehistä 1 % on kokenut työssään seksuaalista väkivaltaa, hoitotyön ollessa yksi yleisimmistä aloista joissa tätä ilmentyy. (Työterveyslaitos 2014.)



### 3 VÄKIVALTAISEEN KÄYTÖKSEEN JOHTAVAT TEKIJÄT

KYS:ssa vuosina 2003 ja 2008 hoitajille suoritetun kyselyn perusteella potilaan ja omaisen käyttäytyminen johtui muutamasta asiasta. Potilaan sairaus sekä potilaan käyttäytyminen olivat syitä, miksi potilas tai potilaan omainen olivat käyttäytyneet fyysisesti väkivaltaisesti tai epäasiallisesti hoitohenkilökuntaa kohtaan. Tutkimuksessa sairaudesta johtuviin syihin lukeutuivat mielenterveysongelmat, päihdeongelmat sekä somaattiset sairaudet, joista kaksi ensimmäisenä mainittua olivat tapahtuneista yleisimmät selittäjät. Käyttäytymisestä johtuviin syihin lukeutuivat aggressiivisuus sekä päihteiden vaikutuksen alaisena oleminen, joista aggressiivisuus oli selittävänä syynä melkein jokaisessa (77 %:ssa) tapauksessa. (Pitkänen ym. 2009 24-25.)

Tehyn tuottaman kyselyn mukaan suurimmat ryhmät, jotka käyttäytyvät uhkaavasti tai aggressiivisesti, ovat päihteiden käyttäjät sekä mielenterveysongelmaiset. Tässä laajemmassa, mutta hieman vanhemmassa, kyselytutkimuksessa päihteidenkäyttö nousee tilastollisesti suurimmaksi tilanteiden aiheuttajaksi. (Markkanen 2000, 24.)

#### 3.1 Mielenterveyden ongelmat

Mielenterveysongelmien ja väkivaltariskin välillä on nähty yhteys jo hyvinkin pitkään, vaikkakin aiheesta on useita eriäviä mielipiteitä. Aihetta on tutkittu hyvinkin laajasta, mutta etenkin 1990-luvulta eteenpäin on nähty vahva yhteys skitsofrenian ja väkivaltariskin välillä. Tutkimukset osoittavat skitsofrenian kasvattavan henkirikosriskin 5-10-kertaiseksi, alkoholiriippuvaisen skitsofreenikon henkirikosriski kasvaa jo yli 15-kertaiseksi. (Tiihonen 2014, 698-699.) Rueve ja Welton ovat kuitenkin omassa artikkelissaan (2008) korostaneet etenkin mielenterveysongelmista kärsivien ja päihteiden väärinkäyttäjien kohdalla aggressiivisten taipumusten kohonneen. Heidän artikkelissaan todetaan tutkimusten osoittavan skitsofreniaa sairastavien ja päihteitä väärinkäyttävien taipuvan aggressiiviseen käyttökseen muita 16 kertaa useammin, ja miesten kohdalla luku on jopa 30-kertainen. Muita merkittäviä psykiatrisia sairauksia, jotka nostavat aggressiivisen käyttäytymisen riskiä, ovat erinäiset psykoosit sekä yhtä aikaa dementiaa ja maniaa sairastavat henkilöt. (Rueve ja Welton 2008, 34-48.)

Skitsofrenian kliiniset piirteet vaihtelevat ihmiskohtaisesti hyvinkin laajasti sekä muuttuvat iän myötä. Yleisimmät häiriöt skitsofreniassa painottuvat havaintokykyyn, ajatustoimintaan, käyttäytymiseen ja tunne-elämään. Epäsopivaa tunneilmaisua on huomattu etenkin positiivisista oireista, aistiharhoista ja harhaluuloista, kärsivien kohdalla. Oireet näkyvät tilanteeseen sopimattomana tunteiden osoittamisena sekä yhtäkkisenä tunnetilojen epävakautena, kuten itkuna, nauruna tai aggressiivisuutena. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala ja Lönnqvist 2014, 139-146.) Skitsofreniaa sairastavan aggressiivisuus, ilman yhtäaikaista päihdeongelmaa, mitä ilmeisemmin liittyy aistiharhoihin sekä harhaluuloisuuteen (Hallikainen ja Repo-Tiihonen 2015, 1361-1366).

### 3.2 Päihdeongelmat

Alkoholin sekä huumausaineiden vaikutuksen alaisilla potilailla tai asiakkailla on aina kasvanut riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Vahva amfetamiinipäihtymys tai vieroitusoireet huumausaineista saattavat laukaista, muutoin hyväntuuliseltakin vaikuttavan, henkilön aggressiivisen taipumuksen täysin yllättäen. Alkoholin taas on huomattu laukaisevan aggressiivisuuten taipuvaisen henkilön väkivaltaisuuden muita herkemmin. (Lehestö ym. 2004, 96-97.) Täysin ei kuitenkaan tunneta syytä, miksi alkoholi kasvattaa riskiä väkivaltaiseen käytökseen. Aggression lisääntyminen, alkoholia nautittuaan on yksilöllistä, mutta on arveltu alkoholin joko vahvistavan vihamielisiä ajatuksia tai poistavan estoja. (Kiianmaa 2003, 123.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tuottaman tutkimuksen perusteella voidaan nähdä vahva yhteys päihtymystilan vahvuuteen ja väkivallan määrän esiintymisellä terveydenhuollon palveluissa. Vuoden 2011 laskennassa 16 % päihdeasiakkaista olivat käyttäytyneet väkivaltaisesti tai olivat käyttäytyneet muutoin uhkaavasti hoitajaa kohtaan. Tämä ilmiö painottuu etenkin yleissairaalan poliklinikoille, jossa päihdeasiakkaista yli 50 % olivat olleet joko lievästi tai vahvasti päihtyneitä. (Kuussaari, Partanen ja Stenius 2013, 155-156.)

Rasimuksen (2002, 120-121) hoitajille tuottaman kyselytutkimuksen tulos on vahvasti samassa linjassa edellä mainitun tutkimuksen kanssa. Hoitajista 97 % kokivat potilaiden päihtymystilan aiheuttavan väkivaltaisia riskitilanteita ja 98 % hoitajista kokivat huumausaineiden vaikutuksen alaisena olevat potilaat nostavan väkivaltatilanteiden riskiä. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan vuonna 2008 35 %:ssa tapauksista, joissa esiintyi epäasiallista kohtelua tai fyysistä väkivaltaa, olleen päihdeongelmat kohtelun syyinä (Pitkänen ym. 2009, 25).

### 3.3 Alzheimerin taudin käytösoireet

Alzheimerin tauti kuuluu eteneviin muistisairauksiin ja kaikista muistisairautta sairastavista noin 70 %:lla on Alzheimerin tauti. Tauti voidaan jakaa viiteen eri vaiheeseen kliinisten oireenkuvien mukaan: oireeron vaihe, varhainen Alzheimerin tauti, lievä Alzheimerin tauti, keskivaikea Alzheimerin tauti sekä vaikea Alzheimerin tauti. Taudin edetessä etenkin tiedonkäsittelyssä tapahtuu heikkenemistä, mutta myöskin omatoimisuus laskee ja käytösoireet lisääntyvät. (Remes, Hallikainen ja Erkinjuntti 2015, 119-122.)

Agitaatio on Alzheimerin taudissa hyvin tyypillinen käytösoire. Se ilmaantuu aggressiivisena, motorisena tai ääneen käyttöön liittyvänä käyttäytymisenä. Tällaisen käyttäytymisen taustalla voi olla tunnistamaton masennus, psykoosi tai sekavuustila. (Koponen ja Vataja 2014, 566.) Taudin varhaisessa vaiheessa agitaatiota on potilaalla vähäisissä määrin, mutta taudin edetessä myös aggressiivinen käyttäytyminen korostuu. (Remes ym. 2015, 92-93.) Etenkin keskivaikeassa Alzheimerin taudissa käytösoireiden määrä kasvaa huomattavasti, jonka taustalla voi vaikuttaa useita eri tekijöitä. Ne voivat johtua käyttäytymistä ja tunteita säätelevien aivoalueiden vaurioista, lääkityksestä, tiedonkäsittelyyn liittyvistä ongelmista, liitännäissairauksista tai ympäristöllisistä tekijöistä. Myös harhaluuloisuus

on tässä vaiheessa tautia yleistä. Taudin edetessä vaikeaksi Alzheimerin taudiksi käytösoireet ovat entistä moninaisempia ja niitä esiintyy lähes kaikilla potilailla. Vastustelu, katastrofireaktiot, agitatio, levoton vaeltelu sekä masennus ovat oireita, jotka saattavat esiintyä ahdistuneisuutena sekä levottomana käyttäytymisenä. (Remes ym. 2015, 129.)

#### 4 UHKATILANTEIDEN ENNAKOINTI JA HALLINTA

Työturvallisuuslaki (23.8.2002/738) edellyttää työnantajaa luomaan työntekijöille mahdollisimman turvalliset työskentelyolosuhteet. Työorganisaation tehtävänä on luoda työntekijöilleen puitteet, joissa väkivaltatilanteiden sattuessa saadaan apua nopeasti, pakoreitit tulee olla olemassa ja tiedossa sekä tarpeelliset kulunvalvonnan toimenpiteet suoritettuina. Työnantajan tulee myöskin huolehtia tarvittavasta perehdytyksestä sekä turvallisuuskoulutuksien järjestämisestä uusille ja nykyisille työntekijöille. (Turvallisuutta kaikkien parhaaksi 2010, 8-9.) Viimeinen keino hallita alkanutta väkivaltatilannetta on kutsua paikalle turva-alan ammattilaiset, vartiointiliike tai poliisi (Lehestö ym. 2004, 100).

Uhkatilanteiden ennakointiin ja hallintaan luotu AVEKKI -toimintatapamalli opettaa hoitajille olennaisia keinoja ehkäistä sekä hallita jo vallalla olevia väkivaltatilanteita. AVEKKI nimitys tulee sanojen aggressio, väkivalta, ennaltaehkäisy/hallinta, kehittäminen, koulutus ja integraation lyhenteestä. Toimintatapamallin tarkoitus on etenkin ehkäistä väkivaltatilanteiden synty, mutta myöskin opettaa terveydenhuollon ammattilaisille keinoja irtautua väkivaltatilanteissa tartuntaotteista. Toimintatapamallissa korostuu niin yhteisöllisyys kuin vuorovaikutus. Asiakasta kohdellaan ja puhutellaan arvostavasti, mahdolliset uhkatilanteet pyritään preventoimaan ja rajoittamiseen ryhdytään vain pakon edessä. (Hakkarainen ym. 2007, 4-7.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) takaa kaikille terveydenhuollon palveluja käyttävälle henkilölle samat oikeudet. Potilas saa määrätä tai osallistua päätöksiin omasta hoidostaan ja tulla kohdelluksi oikein. Toisinaan kuitenkin tulee tilanteita, kun potilas ei ole kykenevä päättämään omasta hoidostaan. Suomen laissa on tarkkaan määrätty milloin, kenen toimesta ja miksi potilasta voidaan rajoittaa vasten hänen omaa tahtoaan. Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) nojalla voidaan henkilö asettaa hoitoon tahdosta riippumatta. Tällöin henkilö täytyy olla todettu mielisairaaksi, hoidon täytyy olla täysin välttämätöntä ja hoitamatta jättäminen pahentaa sairautta, aiheuttaa vaaraa henkilölle itselleen tai muille, tai jos mitkään muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä. Toimintayksiköissä saattaa olla myös omia sääntöjä potilaan tai asiakkaan rajoittamiseen. Tällaisiin sääntöihin ei kuitenkaan ole erinäisiä lakeja tai säännöksiä olemassa. (Valvira 2015.)

Somaattisessa päivystyksessä voi tulla tilanteita, jolloin potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rikkomaan ja potilasta rajoittamaan. Tilanteiden tulee olla lääketieteellisesti perusteltuja ja vain muiden keinojen ollessa tehottomat tai riittämättömät, käytetään pakkokeinoja. Rikoslakiin (19.12.1889/39) kirjattu pakkotila mahdollistaa rajoittamisen suojeltaessa yhtä etua (kuten oikeus elämään) uhraamaan toisen edun (itsemääräämisoikeus). Levoton potilas, joka on väkivaltainen itseään tai muita henkilöitä kohtaan sairaalassa, voidaan pakkokeinona rajoittaa lepositeillä tai siirtää turvahuoneeseen. Rajoittamisen tulee olla kestoaltua mahdollisimman lyhyt, sen tulee päättyä välittömästi potilaan tilan sen salliessa. (Vaula ja Henriksson 2015.)

#### 4.1 Kiihtyneen psykoottisen potilaan kohtaaminen

Kohdattaessa potilaan joka on kiihtyneessä tilanteessa tulee tilanne arvioida ja tiedostaa väkivaltaisuuden mahdollisuus. Potilaan tila tulee tutkia erotusdiagnoosin keinoin, apuna käyttäen paikalla olevien henkilöiden antamia tietoja. (Henriksson ja Hietanen 2002, 279-280.) Psykoosin kaltaisia oireistoja voi esiintyä useissa muissa mielenterveyden häiriöissä, kuten skitsoaffektiivisessä häiriössä, persoonallisuushäiriöissä sekä pakko-oireisessa häiriössä. Myös päihteet ja lääkkeet sekä somaattiset sairaudet, kuten neurologiset sairaudet, infektiot ja metaboliset häiriöt, voivat aiheuttaa psykoosin kaltaisia oireita. (Suvisaari ym. 2014, 166-168.) Arviointia helpottavat edelliset sairauskertomukset, mutta usein akuuteissa tilanteissa tähän ei ole mahdollisuutta, ja arviointi täytyy tehdä paikan päällä saatavien tietojen perusteella. Etenkin tieto potilaan väkivaltahistoriasta ja sen laukaisseesta tilanteesta on tärkeää. Tärkeää onkin kyetä erottamaan psykoosi muista sairauksista, jotka aiheuttavat kiihtynyttä käytöstä. Tällaisia sairauksia ovat mm. hypoglykemia, aivoverenkierron häiriöt, aivovammat, keskushermostotulehdukset, eräät intoksikaatiot sekä epilepsia. (Henriksson ja Hietanen 2002, 279-280.)

Kun kohdataan potilas sairaalan ulkopuolella kiihtyneessä tilassa, tilanteeseen ei tulisi saapua yksin. Toisen hoitajan tuoma tuki tuo turvaa ja edesauttaa myöskin hoidon parempaa onnistumista. Tapahumapaikalla tulee varmistaa esteetön pääsy ja mahdollinen pakoreitti. Tilasta on myöskin hyvä poistaa kaikki mahdolliset esineet, joita potilas voisi käyttää väkivaltatilanteessa aseenaan. Mikäli tilassa on potilaan lisäksi muita henkilöitä, heidät tulisi ohjata lähtemään. Hoitajan tulee myös varmistaa, että on mahdollisuus ottaa yhteys vartiointihenkilökuntaan tai poliisiin ja että ensiapuvälineet ovat välittömästi saatavilla. (Henriksson ja Hietanen 2002, 281.) Hoitajan tulee myös tiedostaa oma vireystilansa sekä asenteensa, kun hän kohtaa uhkaavan potilaan, ettei omalla toiminnallaan provosoi potilasta toimimaan väkivaltaisesti (Sutinen 2010, 24-25).

Kun aloitetaan keskustelua potilaan kanssa, hoitajan on hyvä pyytää potilasta istumaan. Hoitajan täytyy keskustelun ja kysymysten avulla selvittää potilaan kiihtymisen syy, ja näin myös selvittää mahdollinen psykoosi. Keskustelun tulee olla rauhallista eikä potilasta tule kiirehtiä tai keskeyttää kesken lauseiden. Potilaan esiintuomia ongelmia ei pidä vähätellä, sekä hoitajan täytyy korostaa tulensa auttamaan potilasta saamaan tilanteen hallintaansa ja auttamaan häntä. Mahdollisuuksien mukaan hoitajan täytyy pyrkiä luomaan sopimuksia yhdessä potilaan kanssa. Hoitajan pitää keskustellessa olla suora, mutta pidättäytyä provosoitumasta potilaan käytöksestä sekä provosoimasta potilasta omalla käytöksellään tai puheillaan. Sivuttaisella seisoma-asennolla hoitaja voi pienentään omaa pinta-alansa, mikäli potilas alkaa käyttäytymään aggressiivisesti. Keskustelun aikana hoitaja pitää kätensä koko ajan näkyvillä. (Henriksson ja Hietanen 2002, 281.)

Akuuttivaiheessa skitsofrenian psykoottista vaihetta voidaan hoitaa useilla eri lääkkeillä ja useilla eri vahvuuksilla, sekä näitä lääkkeitä saatetaan antaa yhtäaikaaisesti muiden lääkkeiden kanssa. Oleellista lääkehoidon aloittamisessa on, onko kyseessä ensimmäinen psykoottinen akuutti vaihe vai onko psykoosi uusiutunut. Akuuttivaiheessa lääkitys aloitetaan isoilla vuorokausiannoksilla, joita pienenne-

tään akuuttivaiheen mentyä ohi. Ensipsykoosissa usein riittävät pienemmät aloitusannokset kuin uusiutuneessa psykoosissa. Psykoosilääkkeitä määrättäessä muutetaan usein lääkkeiden vahvuus klooripromatsiiniekvivalentiksi, jolloin kaikkia psyykelääkkeitä voidaan verrata klooripromatsiiniin. Ensipsykoosissa voidaan määrätä mm. 8-24 mg perfenatsiinia, 2-4 mg risperidonia tai 7,5-15 mg olantsapiinia, joiden annokset vastaavat 100-300 mg klooripromatsiinia. Uusiutuneessa psykoosissa voidaan määrätä esimerkiksi 24-32 mg perfenatsiinia, 4-6 mg risperidonia tai 10-30 mg olantsapiinia, joiden annokset vastaavat 300-600 mg klooripromatsiinia. (Käypä hoito 2015.)

#### 4.2 Alzheimerin käytösoireet

Alzheimerin käytösoireet voidaan käsittää haitallisina muutoksina käyttäytymisessä tai tunne-elämässä. Käytösoireet ilmenevät muun muassa aggressiona, harhaluuloisuutena, agitaationa ja poikkeavana motorisena käytöksenä. Muistisairaana käyttäytymisen kohtaamisessa tulee muistaa oman toiminnan vaikutus käyttäytymisen ilmenemiseen. Ymmärtävä suhtautuminen, turvallisuuden luominen, rauhallisuus kohtaamisessa ja ajan antaminen muistisairaille ovat hyviä keinoja käyttäytymisen muutosten kohtaamisessa. (Hallikainen, M 2014, 45 ; Mönkäre, R 2014, 87-88.)

Alzheimerin taudin käytösoireiden hoito voidaan jakaa lääkkeettömään hoitoon ja lääkinnälliseen hoitoon. Lääkkeettömässä hoidossa paneudutaan potilaan tarpeiden huolehtimiseen ja huolehditaan jäljellä olevasta toimintakyvystä. Potilaan rajoittamista tulee mahdollisuuksien mukaan välttää ja pyrkiä poistamaan ahdistusta ja pelkoa aiheuttavia asioita. Käytösoireita aiheuttavat syyt tulee selvittää jo alkuarvioinnissa. Arviossa keskitytään selvittämään, liittyykö oire fyysiseen oireiluun vai onko potilaan ympäristössä tai vuorovaikutuksessa ongelmia. (Koponen ja Saarela, 485-486.)

Lääkkeettömässä hoidossa potilaan perustarpeisiin paneudutaan huolella, huolehditaan kivuttomuudesta ja pyritään toteuttamaan mielekästä tekemistä. Käytösoireita voidaan lisäksi hoitaa muun muassa tunneterapialla, erilaisilla ryhmätoiminnoilla ja käytösoireita aiheuttavat tekijät pyritään poistamaan kiinnittämällä siihen mahdollisimman vähän huomiota. Potilaan ympäristöstä pyritään luomaan mahdollisimman kodinomainen ja tarkoituksenmukainen sekä ympäristön viriketaso pyritään tasoittamaan sopivaksi. (Koponen ja Saarela 2010, 486-487 ; 490.)

Alzheimerin käytösoireiden lääkehoitoa suunnitellaan yksilöllisesti ja lääkehoidon tarpeellisuus tulee arvioida joka 3-6 kuukauden välein. Vaikeiden käytösoireiden hoidossa on tyypillisesti käytetty psykoosilääkitystä ja psykoosilääkityksestä hyötyy noin puolet tai kaksi kolmasosaa potilaista. Tyypillisesti hoitovaste tulee 2-4 viikossa lääkeyhdistyksen aloittamisesta. Tavanomaisia psykoosilääkkeitä tulisi Alzheimerin käytösoireiden lievittämisenä välttää, niiden runsaiden haittavaikutusten vuoksi. Hoidossa tulisikin painottaa uuden sukupolven psykoosilääkkeitä, kuten risperidonia. Risperidonin annos on 0,5 – 2mg/vrk ja hoidossa tulee seurata aktiivisesti sedaatiota sekä ekstrapyramidaalioireita. (Koponen ja Saarela, 491-496.)

#### 4.3 Epäasiallinen käytös

Kohdattaessa epäasiallisesti käyttäytyvän potilaan voi epäasiallinen käytös ilmentyä muun muassa flirttailuna, lääppimisenä tai sopimattomana ehdotteluna. Epäasiallisen käytöksen kohtaamiseen on olemassa joitakin hyväksi havaittuja keinoja, joita sairaanhoitaja voi työssään käyttää.

Potilasta hoidettaessa hoitajan on syytä miettiä, mistä kohdin potilasta koskettaa. Potilas voi virheellisesti luulla koskettamisen tarkoittavan jotain aivan muuta. Hoitajan tulee myös välttää roisin huumorin käyttöä ja pidättäytyä lähinnä ammatillisessa kielenkäytössä. Mikäli potilas koskettelee hoitajaa epäasiallisesti, tulee hoitajan ilmoittaa välittömästi potilaalle, ettei hyväksy hänen käytöstään ja siirtää tarvittaessa muun muassa potilaan kädet irti omasta kehosta. Potilaalle tulee kertoa, mikäli epäasiallinen käytös jatkuu, häntä hoitava hoitaja vaihtuu ja tarvittaessa asiasta tehdään ilmoitus. Myös hoitajan omat tunteet tilanteessa ovat täysin normaaleja reaktiota ja tarvittaessa tapauksesta voi pyytää ammatillista apua tilanteen käsittelemiseen. (Zook 1997, 65.) Kohdattaessa epäasiallista käytöstä tulee tilanne dokumentoida mahdollisimman tarkasti mahdollisten jatkotoimien vuoksi. Tarkka dokumentointi auttaa tilannetta käsittelevien tahojen hahmottamaan tilanteen tarkka kulku (Vilkkä 2011, 172).

## 5 SIMULAATIO OPETUSTILANTEENA

Teknologian kehittymisen myötä opetustilanteet ovat siirtyneet klassisesta luentomallista myös realistisiin oppimisympäristöihin. Tämä mahdollistaa teoriassa opitun soveltamista todentuntuisissa, valmiiksi suunnitelluissa harjoituksissa. Simulaatio-opetusten hyöty näkyy etenkin yksilö- ja ryhmäntasolla yhteistyökyvyn parantumisena, mutta viitteitä on nähty myös potilasturvallisuuden kehittämisessä. (Handolin, Hoppu ja Niemi-Murola, 2014.) Simulaatio-opetus on verrattuna perinteisiin opetusmenetelmiin vielä suhteellisen uusi käsite. Simulaatio-opetuksen suurimpana periaatteena ja etuna pidetään potilasturvallisuuden periaatetta. Simulaatio-opetus voidaan toteuttaa siten, että potilasturvallisuus säilyy. Oikealla potilaalla ei yleensä harjoitella, vaan simulaatiot voidaan toteuttaa turvallisessa ympäristössä kuvitelluilla skenaarioilla. (Rosenberg, Silvennoinen, Mattila ja Jokela 2013, 3.)

Terveystieteiden tutkimuksessa työskennellään yhdessä osana moniammatillista työryhmää, joten simulaatioharjoitteiden suunnittelussa tulisikin huomioida, että harjoitteet olisi mahdollisimman moniammatillisia tilanteita. Tämä lisää eri ammattiryhmien ymmärrystä muiden tilanteissa toimivien ammattilaisten ajattelumallista ja toimintatavoista. Simulaatioharjoitteiden tavoitteet tulisi arvioida etukäteen mahdollisimman hyvin, jotta harjoitteet osataan muokata kunkin ryhmän omien tarpeiden mukaisesti mahdollisimman spesifisesti. Tällöin voidaan pureutua ongelman syihin ja epäselviin tilanteisiin mahdollisimman yksityiskohtaisesti. (Rall 2013, 14-15.) Simulaatio opetustilanteena tuo vaihtelua opiskelijoiden muutoin yksitoikkoiseen koulunkäyntiin ja simulaatiota voidaan käyttää toistuvasti ja turvallisesti, jolloin opiskelijat osaavat myös toimia oikeassa tilanteessa paremmin. Pitkällä aikavälillä tarkasteltuna simulaattorien hankkiminen kouluille on kannattavaa. Se altistaa opiskelijat erilaisille oppimistilanteille turvallisessa ympäristössä. (Alinier 2006.)

Simulaatio on todellisuutta jäljittelevää oppimista, missä luodut tapahtumat etenevät ennalta sovitulla ja luodulla tavalla. Simulaatioharjoituksessa teoria toimii pohjana käytännön toimimiselle. Simulaatioharjoitus antaa opiskelijalle paremmat valmiudet ymmärtää toimintansa syitä. (Åker 2010, 6.) Simulaatioharjoitus etenee ennalta sovitun rakenteen mukaisesti. Simulaatio alkaa orientaatiolla, jossa harjoituksen toimijoille annetaan tilanteen karkeat esitiedot sekä kuvaus simulaatiotilanteesta. Orientaatiossa myös tutustutaan olemassa oleviin tiloihin, materiaaleihin sekä toimijat saavat perehdytyksen käytössä oleviin laitteisiin. Lisäksi jokaista skenaariota varten osallistujien on pitänyt tutustua ennalta annettuun materiaaliin, joka on annettu osallistujille etukäteen ennen simulaatioharjoitusta. (Rosenzweig, Hravnak, Magdic, Beach, Clifton ja Arnold. 2008.) Simulaation voidaan toteuttaa periaatteessa missä tahansa, mutta sen tulisi olla mahdollisimman samankaltainen simuloitavan tilanteen kanssa (Hallikainen ja Väisänen 2007, 437).

Orientaation lopussa tilanteen toimijoille jaetaan roolit ja kerrotaan lähtötilanne, jossa heidän tulee toimia. Tämän jälkeen alkaa varsinainen toiminnallinen osuus. Harjoituksen kesto on tyypillisesti noin 20 minuuttia. (Hallikainen ja Väisänen 2007, 437; Nurmi, Rovamo ja Jokela 2013, 91).



Simulaatiokoulutus päätetään aina debriefingiin (purkukeskustelu), missä kerrataan varsinaista harjoitteluvaihetta ja havannoijat ja tilanteet vetäjä antavat palautetta toimijoille, ja yhdessä keskustellaan tilanteen herättelemistä ajatuksista (Dieckmann, Lippert ja Ostergaard 2013, 195-198). Debriefingiä pidetään simulaatioharjoituksen tärkeimpänä osa-alueena. Purkukeskustelun tavoitteena on analysoida tapahtunutta ja pyrkiä muuttamaan asenteita tarvittaessa. Keskustelun tukena voidaan käyttää myös videotallennetta, mutta pääasiassa debriefin käydään lävitse keskustelemalla. Jälkipuinnissa voidaan keskittyä mm. pelkästään johonkin tekniseen asiaan ja tietoon tai myös ”ei-tekniiseen” tietoon ja taitoon. Tähän kuuluvat mm. kognitiiviset taidot, ryhmädynamiikka sekä tilannetietoisuus. (Rall 2013, 9.)

Simulaatioharjoitteiden malleja on lukuisia, joista terveydenhuollossa yleisemmin käytetään osa-tehtäväsimulaatioita sekä täysmittaisia simulaatioryhmäharjoitteita. Yleisemmin terveydenhuollon simulaatioharjoitteet keskittyvät moniammatilliseen vuorovaikutuksiin sekä ammattivälineiden harjoitteluun. Simulaation käyttömahdollisuudet ovat hyvin laajat opetusta suunniteltaessa. (Rall 2013, 9.) Hyvin suunniteltu simulaatiotilanne on käytännönläheinen, jossa pyritään todentamaan mahdollisimman tarkoin mahdollista oikeaa vastaavaa tilannetta (Tervaskanto-Mäentausta ja Roivainen 2013, 52).

## 6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Kehittämistyön tarkoituksena oli suunnitella kolme käsikirjoitusta Savonia-ammattikorkeakoulun käyttöön simulaatio-opetukseen. Tavoitteena oli simulaatio-opetuksen kehittäminen ja opiskelijoiden valmiuksien parantaminen väkivaltatilanteissa hoitotyössä. Kehittämistyön kohderyhmänä oli Savonia-ammattikorkeakoulun terveystieteiden opiskelijat.

### 6.1 Aiheen valinta ja tiedonhankinta

Kehittämistyön aihe valikoitui opinnäytetyönpajassa, yhdessä opettajan kanssa. Meillä oli alun perin ajatuksena aloittaa tutkimus, jossa tarkoitus olisi ollut kartoittaa väkivallan laatua ja määrää Kuopion yliopistollisessa sairaalan päivystyspoliklinikalla. Opettajan kanssa kuitenkin lopulta päädyimme yhteiseen päätökseen luoda käsikirjoitukset Savonia-ammattikorkeakoulun käyttöön tavallisimmista väkivaltatilanteista hoitotyössä.

Aloimme kerätä tutkittua aineistoa väkivaltatilanteista ja väkivallasta laadusta terveydenhoidon alalla. Tietoa keräsimme Savonia-ammattikorkeakoulun kirjastosta etsimällä aiheeseen liittyviä kirjoja, tutkimuksia sekä muita julkaisuja, Terveystietoa, CINAHL-,PubMed- ja Medic-tietokantoja. Hakusanoina käytimme: "simulaatio-oppiminen", "väkivalta", "hoitotyö", "violence" ja "nursing". Tietoa hakiessa ongelmalliseksi muodostui hakujen rajaaminen sekä toisinaan tiedon löytäminen. Kerättyjen aineistojen pohjalta saimme koottua teoriapohjan, jonka pohjalta pystyimme aloittamaan käsikirjoitusten suunnittelun.

Lopulta pystyimme kerätyn aineiston pohjalta laatimaan käsikirjoitukset väkivaltaisesti tai uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisesta, jollaiseen jokainen opiskelija tai valmistunut hoitaja saattaisi joutua. Käsikirjoituksiin emme tarkoituksella halunneet edes yrittää löytää yhtä ainoaa tapaa toimia, vaan pikemminkin luoda keskustelua ja herättää ajatuksia kuinka tilanteissa voisi hoitajana toimia, tilanteen ehkäisemiseksi tai tilanteen rauhoittamiseksi.

### 6.2 Simulaatioihin valmistavien ennakkomateriaalien valitseminen

Yhdessä ohjaavan opettajan kanssa päätimme, että laadimme simulaatioharjoituksesta opiskelijoille ennakkomateriaalin, joihin opiskelijoiden tuli perehtyä ennen simulaatioon osallistumista. Ennakkomateriaalit valmistavat opiskelijoita perehtymään aiheeseen ja ne tukevat teorialtetta simulaatioharjoituksen taustalla (Nurmi, Rovamo ja Jokela 2013, 92). Ennakkomateriaalin valitsimme olemassa olevista artikkeleista ja oppaista, jotka olivat terveystieteiden ammattilaisten kirjoittamia ja tukivat simulaatioharjoituksessa oppimista.

### 6.3 Simulaatiokäsikirjoituksien laatiminen

Opinnäytetyömme käsittelee yleisimpiä väkivaltatilanteita hoitotyössä, josta tuloksena syntyi simulaatiokäsikirjoitukset Savonia-ammattikorkeakoulun käyttöön. Käsikirjoitusten laatimisessa pohdimme yleisimpiä väkivaltatilanteita, joita hoitotyössä voi kohdata.

Vuonna 2003 KYS:ssa suoritettussa tutkimuksessa fyysistä väkivaltaa aiheuttivat osastoilla väkivallalla uhkailu ja lievät pahoinpitelyt. Epäasiallinen kohtelu hoitohenkilöstöä kohtaan ilmeni haukkumalla ja nimittelemällä (Pitkänen ym. 2009, 4).

Laadimme kolme käsikirjoitusta; psykoottisesti oireileva skitsofreenikko (LIITE 3.), Alzheimeria sairastava potilas (LIITE 1.) sekä alkoholia nauttinut ehdottelija (LIITE 2.). AVEKKI-tunteihin sopivimpana pilotoimme käsikirjoituksista psykoottisesti oireilevan skitsofreenikon. Valittuamme käsikirjoitusten väkivaltatilanteet, laadimme käsikirjoituksiin oppimistavoitteet. Hyviin oppimistavoitteisiin simulaatioharjoituksessa kuuluu, että harjoitukset tarjoavat opiskelijoille mielekkäitä ja tarpeellisia oppimistilanteita. Oppimistavoitteiden tulisi liittyä simulaatioon todellisuutta kuvaavalla tavalla, mikä on luonnollista toteuttaa oikeaa potilastapausta jäljittelemällä. (Nurmi ym. 2013 90-91.) Oppimistavoitteissa oleellisina asioina nostimme tilanteen uhkan arvioinnin, sanaton kehon viestintä, kommunikointi niin työparin kuin potilaan kanssa ja hoitajien oman turvallisuuden varmistaminen. Pilotoitavan käsikirjoituksen tavoitteet ja hyvän hoitokäytännön laadimme osittain Kiihtynyt psykoottinen potilas -artikkelin pohjalta. Tärkeää oli myös, että opiskelijat kykenisivät erottamaan psykoosin muista sairauksista, jotka voivat aiheuttaa kiihtynyttä käytöstä.

Pilotoitavan käsikirjoituksen taustan pyrimme kirjoittamaan kuvaamaan mahdollisimman autenttisesti kotiympäristöä ja kiihtynyttä potilasta, kuitenkin tekemättä siitä liian monimutkaista. Esimerkiksi potilaan lääkityksen pyrimme pitämään mahdollisimman yksinkertaisena. Myös toimintaympäristön lavastaminen mahdollisimman autenttiseksi on tärkeää simulaation tunnelman luomisessa. Opiskelijoille annettuiden ennakkomateriaalien pohjalta opiskelijoiden tuli perehtyä tietoon, kuinka väkivaltaa kohdatessa tulisi menetellä.

Ohjaajien roolit käsikirjoituksessa jaoimme pääohjaajan ja avustavan ohjaajan tehtäviin. Avustava ohjaaja näyttelee simulaatiossa potilasta ja pääohjaaja valvoo simulaation etenemistä ja toimii tarkkailijana. Pääohjaajan rooli simulaatiossa on kertoa koko ryhmälle johdanto tunnin aiheisiin, valvoa simulaation etenemistä ja aikataulussa pysymistä. Pääohjaaja toimii myös palautekeskustelun vetäjänä. Pilotoitavassa simulaatiossa tarvitaan kaksi toimijaa. Molemmat toimijoista ovat kotisairaanhoidtajia ja harjoitus on suunniteltu kotihoidon toimintaympäristöön.

Ennakkomateriaalien perusteella kokosimme hoitajille toimintamalleja, joiden mukaan heidän tulisi toimia. Tällaisia toimintamalleja olivat mm. itselle ja potilaalle vapaan tilan luominen, keskustelun aloittaminen potilaan kanssa ja yhteisen päämäärän löytäminen potilaan kanssa. (Hietanen ja Henriksson 2002, 281.) Harjoituksen voi tarvittaessa keskeyttää mikäli, yhteistä päämäärää potilaan kanssa ei löydy kohtuullisesta ajankäytöstä huolimatta tai hoitajien käytös provosoi potilaan toimimaan väkivaltaisesti hoitajia kohtaan. Onnistunut hoitajien toiminta, jossa löydetään syy potilaan käyttäytymiseen ja yhteisen päämäärän löytäminen johtaa simulaation päättymiseen.

## 7 POHDINTA

Tämän kehittämistyön pohdinnassa käymme läpi tuotoksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Käymme läpi pilotoinnin sekä pohdimme tuotoksen kehittämistarpeita. Lopuksi tarkastelemme omaa oppimista kehittämistyön myötä, sekä sen myötä tulleita ongelmia.

### 7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Kehittäistyöllä on tarkoitus parantaa olemassaolevia toimintatapoja, luoda ratkaisuja niiden ongelmiin tai luoda kokonaan uusia toimintatapoja. Tarve kehittämistyölle voi tulla useista eri lähteistä, aina yksilölliseltä tasolta valtakunnalliselle tasolle. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 60.) Tämän kehittämistyön tarve tuli Savonia-ammattikorkeakoululta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda kolme käsikirjoitusta Savonia-ammattikorkeakoulun käyttöön simulaatio-opintoihin. Käsikirjoitusten avulla voidaan kehittää simulaatio-oppimista sekä opiskelijoiden valmiuksia kohdata väkivaltatilanteita hoitotyössä.

Kehittämistyötä tulisi arvioida kriittisesti koko hankkeen elinkaaren ajan, näin myöhemmältä virheiden korjaamiselta voidaan välttyä jo hyvissä ajoin. Suunnitelmavaiheessa täytyy tulla ilmi vastaako hankkeen tavoite ja tarkoitus hankkeen tarvetta. (Heikkilä ym. 2008, 58-65.) Kehittämistyö suunnitelma esitettiin ja arvioituttiin Savonia-ammattikorkeakoululla.

Tietolähteet ovat olennainen osa kehittämistyötä. Ne kehittävät ja ohjaavat työtä eteenpäin, mutta pahimmillaan ne vääristävät lopulta työn tulokset. Jotta kehittämistyötä voidaan pitää luotettavana ja eettisenä, täytyy olla lähdekriittinen. (Heikkilä ym. 2008, 44.) Kehittämistyötä tehdessämme, olemme olleet lähdekriittisiä hakukriteerien ja luotettujen aineistojen suhteen. Lähteinä on käytetty yleisesti luotettavaksi todetut tietokannat. Pyrimme myös käyttämään lähteinä tuoreimpia tutkimuksia.

Lopulta hanke tulee arvioida, joko sisäisesti tai ulkoisesti. Sisäisessä arvioinnissa hankeorganisaatioon kuuluva henkilö suorittaa hankkeen arvioinnin, ulkoisessa taas hankeorganisaation ulkopolinen henkilö. (Heikkilä ym. 2008, 127-128.) Kehittäistyön pilotoitava käsikirjoitus lähetettiin kolmelle Savonia-ammattikorkeakoulussa opettavalle henkilölle arvioitavaksi ennen pilotointia. Saatujen kommenttien pohjalta käsikirjoitusta muokattiin pilotointiin.

Simulaatio-oppiminen ja -harjoittelu on eettisesti perusteltua. Näin voidaan parantaa potilaiden saamaa hoitoa harjoittelemalla ennen oikeaa potilaskontaktia sekä virheet voidaan tehdä hallituissa tilanteissa ilman riskiä vahingosta. (Rosenberg ym. 2013, 170-172.)

Väkivaltatilanteiden määrän ollessa korkea, on hyvä luoda valmiuksia valmistuville hoitajille tilanteiden hallinnasta ja ennakkoinnista. Tilanteet voivat olla vaarallisia niin hoitajille kuin potilaalle, jonka vuoksi hoitajan kyky arvioida tilannetta on tärkeää. Hoitajan on myös hyvä tunnistaa itsestään reagoitavat uhkaavassa tilanteessa.

## 7.2 Tuotoksen arviointi

Simulaatiokäsikirjoitus pilotoitiin 2016 syksyllä aloittaneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden viimeisellä AVEKKI-tunnilla. Tunnille osallistui noin 25 opiskelijaa. Pilotoitava käsikirjoitus, psykoottisesti oireileva skitsofreenikko, valikoitui opettajan pyynnöstä tunnille sopivaksi. Käsikirjoitus pilotoitiin kokonaisvaltaisesti Opistotien kampuksen liikuntasalissa.

Noin viikkoa ennen pilotointia kaikille tunneille tuleville lähetettiin sähköpostissa kaksi linkkiä ennakkomateriaaliin. Ensimmäinen linkki ohjasi artikkeliin, jossa kerrottiin monipuolisesti psykoottisesti oireilevan skitsofreenikon kohtaamisesta, siihen liittyvistä vaikeuksista ja tavoista, kuinka hoitajan tulisi psykoottista henkilöä lähestyä. Toinen linkki ohjasi skitsofreenikon käypä hoito suositukseen, josta korostimme lukemaan etenkin akuuttivaiheen lääkehoidon.

Pilotointi suoritettiin liikuntasalissa, jonne luotiin kodinomainen tila siirtämällä kampukselta saatavia huonekaluja salin kulmaan. Aloitimme pilotoinnin aloituspalaverillä, jossa kerroimme itsestämme, opinäytetyöstä sekä orientoimme opiskelijat aiheeseen. Opiskelijoista kaksi vapaaehtoista esittivät hoitajien rooleja, toinen opinäytetyön tekijöistä esitti potilaan roolia ja toinen tarkkaili sekä varmisti simulaation etenemisen. Loput opiskelijoista toimivat tarkkailijoina, jotka jaettiin kolmeen ryhmään seuraamaan ennalta määrättyjä asioita. Tarkkailijoista luotiin kaksi seinää, jotta tilasta saatiin realistisen kokoinen. Suorituksen jälkeen toimijat istuivat sohvalle tarkkailijoiden eteen jälkipuintiin. Tunnin lopuksi pyysimme vielä kirjallista palautetta ennalta luodulla palautelomakkeella (LIITE 4.).

Alkuorientoisessa nousi kysyttäessä selvästi esiin, ettei suurin osa opiskelijoista ollut tutustunut ennakkomateriaaliin. Tämä mahdollisesti osaltaan vaikutti oppimistilanteeseen sekä haluun osallistua simulaatioon toimijana. Opiskelijat olivat hyvinkin passiivisia osallistumaan keskusteluun koko orientaation ajan.

Toimijoiksi suostuneista opiskelijoista toisella oli kokemusta lähihoitajana psykoottisista potilaita, toisella opiskelijoista ei ollut aikaisempaa kokemusta ollenkaan. Tämä myös näkyi selvästi simulaation aikana. Kokeneemmalla opiskelijalla oli toiminta simulaation aikana luontevaa eikä aggressiivinen potilas aiheuttanut opiskelijalla pelkoreaktioita tai provosoinut toimintaa. Kokenemattoman opiskelijan toiminnassa taas oli selkeästi huomattavissa regointia säikähtämiseen tai pelkoon.

Jälkipuinnissa opiskelijat osallistuivat hyvin keskusteluun ja nostivat paljon esiin omia ajatuksiaan simulaation kulusta. Kaikki kokivat toimijoiden toimineen rauhallisesti ja toiminnan olleen tavoitteellista. Joitakin pieniä parannusehdotuksia toimintaan nousi esiin, mutta pääsääntöisesti kokivat toiminnan oikeanlaiseksi.

Käsikirjoitukseen luodut tavoitteet täyttyivät simulaatiossa hyvin. Tilanne eteni suunnitelman mukaisesti ja hoitajat toimivat tavoitteellisesti. Hoitajien toiminnassa kuvastui vaistomainen reagointi

suunnitelman mukaisesti. Simulaatio kesti noin 10 minuuttia, joka ajallisesti osoittautui erittäin hyväksi. Ajassa ehti tapahtua paljon, ja opettajatkin kuvasivat tapahtumien aaltoilevan kiihtyneestä rauhoittuneeksi ja takaisin.

Kirjallista palautetta simulaation jälkeen antoi 25 opiskelijaa. Palautteista kävi selkeästi ilmi kaikkien kokeneen simulaation opettavaisena. Opiskelijat kuvasivat hyvin monipuolisesti omaa oppimistaan, mutta etenkin hoitajan omien eleiden ja puhetyylin sekä hoitajan ja potilaan välisen etäisyyden merkitys oli korostunut. Melkein kaikki opiskelijat pitivät myöskin simulaatiota haastavana. Tähän palautteen perusteella vaikutti etenkin, ettei ryhmällä ollut vielä mielenterveysopintoja taustalla. Useissa palautteissa myös nousi esille simulaation opettavaisuus täysin uudenlaisena tilanteena. Vastaavallaisia simulaatioita ei aikaisemmin opiskelijoilla ollut eikä kokemuksia harjoitteluiden tai työn kautta vastaavista tilanteista tullut. Palautteiden monipuolisuuden ja määrän perusteella voidaan todeta simulaation herättäneen opiskelijoissa paljon ajatuksia. Opettajilta suullisten sanallisten palautteiden perusteella käsikirjoitus ja pilotointi onnistuivat erittäin hyvin.

Vaikka pilotointi onnistui kaikilta osin hyvin, palautteiden pohjalta nousee kehittämisen kannalta tärkeimmäksi kohdaksi opiskelijoiden tietämys mielenterveysongelmista. Ennakkomateriaali ei pitänyt sisällään lainkaan artikkelia skitsofreniasta, josta olisi saattanut olla hyötyä simulaation kannalta. Tietopohja olisi voinut tuoda varmuutta hoitajien toimintaan, ja näin toimijat voisivat enemmän keskittyä oman toiminnan ja tunteiden tarkkailuun. Käsikirjoitukset sopisivat mielestämme parhaiten liitettäväksi mielenterveys- ja päihdetyön teoriakursseihin, koska tällöin opiskelijoiden teorian tietoa voidaan soveltaa myös käytännössä.

### 7.3 Oma oppiminen

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haasteellinen prosessi kummallekin tekijälle. Kummankin tekijän ammatillinen osaaminen on joutunut koetukselle sekä tieto - taitomme on kehittynyt huomasti. Olemme joutuneet tutkimaan ja etsimään tietoa aiheesta, josta on ollut haasteellista etsiä sekä soveltaa olemassa olevaa tietoa. Varsinkin tiedon soveltaminen käsikirjoituksien laatimisessa on ollut haasteellista, koska aihepiiristä on tehty varsin vähän ei-teknillisiä eli tilannetietoisuutta, tiimityötä ja päätöksentekoa mittaavia simulaatiokäsikirjoituksia sekä simulaatiotilanteiden soveltamisesta ei ole olemassa tarkkoja määreitä sekä toimintamalleja.

Väkivallan hallintaa koskevaa tietoa ja toimintamalleja olemme käsitelleet lähinnä perusopinnoissa, väkivallan hallinnassa ja ennaltaehkäisyssä, AVEKKI- kurssissa. Opinnäytetyön idea simulaatiokäsikirjoituksista tuli koululta, mutta lopullinen aihepiirin valinta tuli miettiessämme mitä puutteita koulutuksessa havaitsimme. Väkivallan määrä on alati kasvanut hoitoalalla, johon törmää kaikkialla. Havaitsimme, että koulutus tarjoaa aihepiiristä lähinnä teknillistä suorittamista AVEKKI- koulutuksen kautta. Se, miten tilanteista voisi selvitä ilman väkivallan hallintaa ilman voimakeinoja käyttämällä oli hyvin vajavaista.

Opinnäytetyöprosessi on ollut haasteellinen kokonaisuus, jossa kärsivällisyys on ollut avainsana. Lisäksi aikataulujen soveltaminen muiden opiskelujen ja arjen käytön kanssa on tuonut omat haasteensa. Paremmalla suunnittelulla sekä ajankäytöllä työ olisi valmistunut varmasti nopeammin.

Opinnäytetyö on kehittänyt todella paljon lähdekritiikkiämme sekä prosessin kautta olemme saaneet ikään kuin pintaraapaisun tieteellisen työn tekemiseen. Tulevassa ammatissamme joudumme perehtymään kriittisesti olemassa olevaan tietoon ja joudumme soveltamaan sitä myös käytäntöön. Opinnäytetyön tekeminen antaa näihin kumpaankin hyvät lähtökohdat ja toivottavasti osaamme tulevaisuudessa myös hyödyntää näitä taitoja.

## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- ALINIER, Guillaume 2006. Investing in sophisticated medical simulation training equipment: Is it really worth it? Hertfordshire Intensive Care & Emergency Simulation Centre. University of Hertfordshire, College Lane, Hatfield, Hertfordshire, UK. [viitattu 2017-02-10.] Saatavissa: <http://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/867/900938.pdf;jsessionid=ABD56703381F48EEA0E5C669F954DEE1?sequence=1>
- ARNETZ, Judith E. HAMBLIN, Lydia. ESSENMACHER, Lynnette. UPFAL, Mark J. AGER, Joel ja LUBORSKY, Mark 2014. Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. The Journal of Advanced Nursing (JAN) [verkkojulkaisu], [viitattu 2017-04-25]. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5b02914d-ebcd-4e68-83c1-3766318b1891%40sessionmgr102&vid=0&hid=101>
- DIECKMANN, Peter. LIPPERT, Anne. OSTERGAARD, Doris. 2013. Jälkipuinti. Julkaisussa: ROSENBERG, P. SILVENNOINEN, M. MATTILA, M-M ja JOKELA, J (toim.). Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Fioca Oy. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu
- EUROOPAN YHTEISÖJEN KOMISSIO 2007. Häirintää ja väkivaltaa työpaikalla koskevan työmarkkinaosapuolten puitesopimuksen tiedoksi antamisesta [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-09-19]. Saatavissa: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX:52007DC0686>
- HALLIKAINEN, Juhana ja VÄISÄNEN, Olli. 2007. Simulaatio-opetus ensihoidossa. Finnanest. 40 (5). [viitattu 2017-03-18]. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/hallikainen\\_simulaatio.pdf](http://www.finnanest.fi/files/hallikainen_simulaatio.pdf)
- HALLIKAINEN, Merja. 2014. Muistisairauden yleiset oireet. Julkaisussa: HALLIKAINEN, M. MÖNKÄRE, R. NUKARI, T ja FORDER, M (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Duodecim. Boowell Oy. Porvoo
- HALLIKAINEN, Tero ja REPO-TIIHONEN, Eila 2015. Psykoottisen potilaan aggressio - ehkäisy ja hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim [verkkojulkaisu], [viitattu 2017-04-30]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo12375&p\\_haku=aggressiivisuus](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12375&p_haku=aggressiivisuus)
- HAKKARAINEN, Kari, HEIKKINEN, Arto, HIETANEN, Aija, JOKINIEMI, Krista, LOMMI, Risto ja TAATOLA, Seija 2007. AVEKKI. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta. AVEKKI-toimintatapamalli. Oppilaan käsikirja [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-09-24]. Saatavissa: [http://www.ely-keskus.fi/documents/10191/492058/AVEKKI-toimintatapamalli\\_Oppilaan\\_kasikirja.pdf/b1cb4133-f331-4191-8bc9-3746072c4512](http://www.ely-keskus.fi/documents/10191/492058/AVEKKI-toimintatapamalli_Oppilaan_kasikirja.pdf/b1cb4133-f331-4191-8bc9-3746072c4512)
- HANDOLIN, Lauri, HOPPU, Sanna ja NIEMI-MUROLA, Leila 2014. Simulaatiokoulutus potilasturvallisuuden parantajana - oppia tiimityöstä. Duodecim [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-09-15]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo11821&p\\_haku=simulaatio](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11821&p_haku=simulaatio)
- HEIKKILÄ, Asta. JOKINEN, Pirkko ja NURMELA, Tiina. 2008. Tutkiva kehittäminen. 1.painos. WSOY oppimateriaalit Oy.
- HENRIKSSON, Markus ja HIETANEN, Seppo 2002. Kiihtynyt psykoottinen potilas. Päivystyspsykiatria. Helsinki: Duodecim [verkkojulkaisu], [viitattu 2017-03-27]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92766.pdf>
- KIIANMAA, Kalervo 2003. Alkoholi. Julkaisussa: SALASPURO, M. KIIANMAA, K ja SEPPÄ, K (toim.). Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannut Oy Duodecim.
- KOPONEN, Hannu ja SAARELA, Tuula. 2010. Käyttöoireiden hoito. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, T. RINNE, J ja SOININEN, H (toim.). Muistisairaudet. Duodecim. WS Bookwell Oy. Porvoo
- KOPONEN, Hannu ja VATAJA, Risto. 2014. Neurokognitiiviset häiriöt, muistisairaudet ja elimelliset aivo-oireyhtymät. Julkaisussa: LÖNNQVIST, J. HENRIKSSON, M. MARTTUNEN, M ja PATRONEN, T (toim.) Psykiatria. Duodecim. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.



- KRUG, Etienne G., DAHLBERG, Linda L., MERCY, James A., ZWI, Anthony B. ja LOZANO, Rafael 2005. Väkipalta ja terveys maailmassa – WHO:n raportti [verkkojulkaisu]. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. [viitattu 2015-09-03]. Saatavissa: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/full\\_fi.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf)
- KUOSSAARI, Kristiina, PARTANEN, Airi ja STENIUS, Kerstin 2013. Päihdeasiakas sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Julkaisussa: HOLMILA, M. TIGERSTEDT, C ja WARPENIUS, K (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 146-159.
- KÄYPÄ HOITO 2015. Akuuttivaiheen psykoosilääkehoito. [viitattu 2017-03-27]. Saatavissa: [http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050#s13\\_1](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050#s13_1)
- LAKI NAISTEN JA MIESTEN VÄLISESTÄ TASA-ARVOSTA 609/1986. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 2015-09-20]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860609#Pidp406176>
- LAKI POTILAAN ASEMATA JA OIKEUKSISTA 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 2017-04-24], saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- LEHESTÖ, Mika, KOIVUNEN, Olli ja JAAKKOLA, Heikki 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Editä Prima Oy.
- LEPPÄNEN, Pekka 2016. Väkipalta- ja uhkatilanteet ensihoitajien kokemina. Hämeen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Kriisi- ja katastrofityö. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö [verkkojulkaisu], [viitattu 2017-04-30]. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/114129/leppanen\\_pekka.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/114129/leppanen_pekka.pdf?sequence=1)
- MARKKANEN, Kirsi 2000. Nimittely, uhkailu, potkiminen – hoitajan työarkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Tehy ry. Helsinki: Julkaisusarja B: selviytyksiä 4/2000.
- MIELENTERVEYSLAKI 14.12.1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 2017-04-24], saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L2>
- MÖNKÄRE, Riitta 2014. Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaaminen. Julkaisussa: HALLIKAINEN, M. MÖNKÄRE, R. NUKARI, T ja FORDER, M (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Duodecim. Boowell Oy. Porvoo
- NURMI, E. ROVAMO, L. JOKELA, J 2013. Simulaatiotilanteiden suunnittelu. Julkaisussa: ROSENBERG, P. SILVENNOINEN, M. MATTILA, M-M ja JOKELA, J (toim.). Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Fioca Oy. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu
- PARVIAINEN, Petri ja ULMANEN, Laura 2010. Päivystysalueen henkilöstön näkemyksiä väkivallan hallintakeinoista [verkkojulkaisu]. Savonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön yksikkö. Opinnäytetyö [viitattu 28.10.2014]. Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22690/Parviainen\\_Petri.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22690/Parviainen_Petri.pdf?sequence=1)
- PITKÄNEN, Anneli 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkipalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-08-19]. <https://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/90604/gradu00243.pdf?sequence=1>
- PITKÄNEN, Marja, HAATAINEN, Kaisa, PIETARINEN-LYYTINEN, Ritva ja HOFFREN, Hannu 2009. Fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun esiintyminen Kuopion yliopistollisessa sairaasalla vuosina 2003 ja 2008. Kuopion yliopistollinen sairaala. Alkuperäistutkimukset. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja. No72/2009.
- POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPIIRI, PSSHP 2007. KYSissä on nollatoleranssi väkivallan suhteen [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-09-10]. Saatavissa: [https://www.pssh.fi/documents/11427/17792/Nollatoleranssi\\_liitepotilasturvallisuus.pdf/7baa3559-509a-403b-92df-7ea07018d109](https://www.pssh.fi/documents/11427/17792/Nollatoleranssi_liitepotilasturvallisuus.pdf/7baa3559-509a-403b-92df-7ea07018d109)

- PUUMI, Susanna 2009. Väkivalta pois palvelutyöstä. 1.-2. painos. Helsinki: Työturvallisuuskeskus TTK, kuntaryhmä ja palveluryhmä
- RALL, Marcus 2013. Simulaatio – mitä, miksi, milloin ja miten? Julkaisussa: ROSENBERG, P. SILVENNOINEN, M. MATTILA, M-M ja JOKELA, J (toim.). Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Fioca Oy. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu
- RASIMUS, Mirja 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopion yliopisto Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E.
- REMES, Anne. HALLIKAINEN, Merja ja ERKINJUNTTI, Timo. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Julkaisussa: ERKINJUNTTI, T. REMES, A. RINNE, J. SOININEN, H (toim.). Muistisairaudet. duodecim. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu
- RIKOSLAKI 19.12.1889/39. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 2015-09-20] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#L20>
- ROSENBERG, Per. SILVENNOINEN, Minna. MATTILA, Minna-Maria ja JOKELA Jorma, Lukijalle. Julkaisussa: ROSENBERG, P. SILVENNOINEN, M. MATTILA, M-M ja JOKELA, J (toim.). Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Fioca Oy. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu
- ROSENZWEIG, Margaret, HRAVNAK, Marilyn, MAGDIC, Kathy, BEACH, Michael, CLIFTON, Maurice ja ARNOLD, Robert. 2008. Patient communication simulation laboratory for students in an acute care nurse practitioner program. Julkaisussa: American journal of critical care. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5aca4f17-90fa-46de-91e4-eee0d5602fe1%40sessionmgr104&vid=1&hid=128>
- RUEVE, Marie E. ja WELTON, Randon S. 2008. Violence and Mental Illness. US National Library of Medicine. National Institutes of Health [verkkojulkaisu], [viitattu 2017-02-01]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2686644/>
- SOISALO, Raul 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Suomen psykologinen instituuttiyhdistys ry.
- SUTINEN, Ilkka 2010. Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Kyselytutkimus Helsingin pelastuslaitoksen ensihoito- ja sairaankuljetushenkilöstölle. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Ensihoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö [verkkojulkaisu], [viitattu 2017-04-30]. Saatavissa: <http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24513/Vakivalt.pdf>
- SUVISAARI, Jaana, ISOHANNI, Matti, KIESEPPÄ, Tuula, KOPONEN, Hannu, HIETALA, Jarmo ja LÖNNQVIST, Jouko 2014. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Julkaisussa: LÖNNQVIST, J. HENRIKSSON, M. MARTTUNEN, M ja PARTONEN, T (toim.). Psykiatria. Helsinki Oy Duodecim, 136-220
- TERVASKANTO-MÄENTAUSTA, Tiina ja ROIVAINEN, Petri 2013. Simulaatio-ohjaajakoulutus. Julkaisussa: ROSENBERG, P. SILVENNOINEN, M. MATTILA, M-M. ja JOKELA, J (toim.). Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Fioca Oy. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu
- TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS, THL 2015. Seksuaalinen väkivalta [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-09-20]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/hyvinvointi/sukupuolistunut-vakivalta/sukupuolistuneen-vakivallan-muotoja/seksuaalinen-vakivalta>
- TIIHONEN, Jari 2014. Oikeuspsykiatria. Julkaisussa: LÖNNQVIST, J. HENRIKSSON, M. MARTTUNEN, M ja PARTONEN, T (toim.). Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- TILASTOKESKUS 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. Helsinki: Tilastokeskus [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-09-15]. Saatavissa: [http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art\\_2009-09-30\\_002.html](http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html)
- TURVALLISUUTTA KAIKKIEN PARHAAKSI. 2010. Toimintamalli työpaikkaväkivallan ehkäisyyn ja kohtaamiseen. HUS. [verkkojulkaisu], [viitattu 2017-04-17]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/henkilosto/Toimintaohjelmat%20ja%20ohjeet/Tyopaikkavakivalta.pdf>

TYÖSUOJELU 2015. Psykososiaalinen kuormitus. Työsuojeluhallinto [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-09-18]. Saatavissa: <http://www.tyosuojelu.fi/fi/psykososiaalinenkuormitus>

TYÖTERVEYSLAITOS 2014. Mitä seurauksia häirinnällä on työpaikalla. Työterveyslaitos [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-09-26]. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso\\_ja\\_esimiestyo/tyoyhteison\\_ristiriidat\\_ja\\_ratkaisut/seksuaalinen\\_ja\\_sukupuolinen\\_hairinta/seuraukset\\_tyopaikalla/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/tyoyhteison_ristiriidat_ja_ratkaisut/seksuaalinen_ja_sukupuolinen_hairinta/seuraukset_tyopaikalla/sivut/default.aspx)

TYÖTURVALLISUUSLAKI 23.8.2002/738. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 2017-04-25] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L2P9>

VAHTERA, Satu 2011. Väkivalta- ja uhkatilanteet hoitotyössä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [verkkojulkaisu], 13-14 [viitattu 2015-08-22]. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26255/VahteraSatu.pdf?sequence=2>

VALVIRA 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus 2015. Helsinki: Valvira [verkkojulkaisu], [viitattu 2017-04-24]. Saatavissa: <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>

VARTIA, Maarit ja PERKKA-JORTIKKA, Katriina 1994. Henkinen väkivalta työpaikoilla. Työyhteisön hyvinvointi ja sen uhat. Helsinki: Gaudeamus

VAULA, Eila ja HENRIKSSON, Markus 2015. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen somaattisessa hoidossa. Akuuttihoito-opas [verkkojulkaisu], [viitattu 2017-04-30]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=aho01824&p\\_haku=itsemääräämisoikeus](http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01824&p_haku=itsemääräämisoikeus)

VILKKA, Hanna 2011. Seksuaalinen häirintä. Juva: Bookwell Oy

VÄKIVALLAN UHKA TYÖSSÄ 2015. Työsuojeluhallinto [verkkojulkaisu], [viitattu 2015-09-18]. Saatavissa: <http://www.tyosuojelu.fi/fi/vakivallanuhka>

ZHANG, Liuyi, WANG, Anni, XIE, Xia, ZHOU, Yanhong LI, Jing, YANG, Lijun ja ZHANG, Jingping 2016. Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. ScienceDirect [verkkojulkaisu], [viitattu 2017-04-26]. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748917300883>

ZOOK, Ruth. 1997. Handling inappropriate sexual behavior with confidence. Julkaisussa: Nursing 27(4). Saatavissa:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=be93d275-4630-4d65-9fdb-658baec069ff%40sessionmgr4006&vid=1&hid=4207>

ÅKER, Ari-Pekka 2010. Simulaatio opetuksen yhteys oppimiseen ensihoidon koulutusohjelmassa [verkkojulkaisu].Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaali ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Opinnäytetyö [viitattu 23.9.2015]. Saatavissa: <http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23620/Simulaatio-opetuksen%20yhteys%20oppimiseen%20ensihoidon%20koulutuksessa.pdf?sequence=1>

## LIITE 1. SIMULAATIOKÄSIKIRJOITUS 1

<p><b>Simulaatioharjoituksen aihe:</b></p> <p><b>Aggressiivisen potilaan kohtaaminen – Alzheimeria sairastava potilas</b></p>
<p><b>Opiskelijoiden valmistautuminen harjoitukseen:</b></p> <p><a href="http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044#s24">http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044#s24</a></p> <p>Käypä hoidosta kohta käytösoireiden hoito</p> <p><a href="http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf">http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf</a></p> <p>Oppaasta sivut 6-7 ja 18-19</p>
<p><b>Tavoitteet:</b></p> <p>Opiskelija osaa arvioida oman toiminnan vaikutusta potilaan käyttäytymisen ilmenemiseen. Opiskelija ymmärtää, että potilaan rajoittamista tulee mahdollisuuksien mukaan välttää ja pyrkiä poistamaan ahdistusta ja pelkoa aiheuttavia asioita. Opiskelija osaa arvioida liittyykö oire fyysiseen oireiluun vai onko potilaan ympäristössä tai vuorovaikutuksessa ongelmia.</p>
<p><b>Ohjaajien roolit:</b> Opettaja näyttelee Samulin/Sirkan roolia.</p> <p><b>Simulaatiossa toimivien roolit:</b></p> <p>Hoitaja 1 ja hoitaja 2</p>
<p><b>Potilaan nimi, taustatiedot, kotilääkitys sekä lähtötilanne ja siihen liittyvät ongelmat:</b></p> <p>Samuli/Sirkka Nieminen 83-vuotias. Pitkälle edennyt Alzheimerin tauti, hoidossa sairaalan pitkäaikaisella vuodeosastolla. Lääkityksenä Ebixa 20mg liuoksena, Panadol 1g x 3. Kymmenen vuotta sitten leikkauksessa lonkkaan laitettu proteesi, joka alkanut nyt viime päivinä vaivata lonkkakipuina sekä liikkumisvaikeutena. DNR-päätös on tehty, ja tätä myöten myös lääkitystä purettu minimiin.</p> <p>Yöhoitaja kertoo raportilla aamuvuorolle Samulin olleen hereillä jo kahden tunnin ajan ja huutelevan henkilöä nimeltä ”Marita” kovaan ääneen. Yöhoitaja käynyt keskustelemassa, mutta Samuli ei ole ottanut kontaktia hoitajaan. Kello on 7.20 aamulla, hoitajat tulossa Samulin luokse avustamaan WC:seen lähdössä ja aamupesuisissa.</p> <p>HARJOITUS VOI ALKAA.</p>
<p><b>Toimintaympäristön lavastaminen ja varattava välineistö:</b></p> <p>-Potilassänky</p> <p>-Yöpöytä</p> <p>-Muu mahdollinen rekvisiitta</p>
<p><b>Ohjeistus simulaatiossa toimiville ja tarkkailijoille:</b></p> <p>Tarkkailijat jaetaan kolmeen ryhmään:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryhmä 1 seuraa hoitajien keskinäistä vuorovaikutusta</li> <li>• Ryhmä 2 seuraa hoitajien elekieltä ja sen vaikutusta potilaaseen</li> <li>• Ryhmä 3 seuraa mitä toimenpiteitä hoitajat tekevät miten se vaikuttaa tilanteen etenemiseen</li> </ul>
<p><b>Simulaation eteneminen:</b></p> <p>Samuli/Sirkka pyöriskelee levottomana potilassängyssä hereillä huudellen siskoaan Maritaa ”Marita! Missä sinä olet Marita?!”. Hoitajat saapuvat potilaan luokse ja yrittävät saada häntä mukaan lähtemään pesuille. Potilas on</p>

kuitenkin vahvasti omissa harhoissaan; kokee olevansa lapsuudenkodissaan ja on hädissään kun siskoa ei näy eikä kuulu.

Hoitajien tehtävät:

- Saada Samuli/Sirkka nousemaan vuoteelta ja lähtemään pesuille
- Siirtää keskustelua harhoista mielekkäämpään aiheeseen
- Välttää mahdollinen konfliktitilanne
- Pitää turvallinen turvaväli potilaan ja hoitajien välillä
- Osaavat kommikoida rauhallisesti

Potilaan reaktiot:

- Hoitajien kosketus ja muista aiheista keskustelu rauhhoittavaa
- Pakottava koskeminen ja toiminta (mm.vuoteelta nosto harhaisena) sekä harhoista puhuminen provosoi

Mikäli hoitajat käyttäytyvät provosoivalla tavalla, potilas ensin alkaa kiroilla ja tapahtumien jatkuessa huitoo käsilään pitääkseen hoitajat loitolla. Jos hoitajat ohjaavat keskustelua muihin asioihin harhoista, alkaa potilas hiljalleen lopettaa siskonsa huutelun ja ottamaan kontaktia hoitajiin, sekä suostuu lähtemään yhteistyössä pesuille.

### **Jälkipuinti:**

Jälkipuinti aloitetaan pyytämällä toimijat kertomaan simulaation kulun omin sanoin ja tuntemukset simulaatiosta. Tämän jälkeen toimijat saavat kertoa omat positiiviset kokemukset simulaatiosta, mikä meni hyvin. Tarkkailijat kertovat ryhmä kerrallaan omat positiiviset huomionsa simulaatiosta. Toimijat kertovat mitä olisivat omasta mielestään voineet tehdä toisin harjoituksessa. Tarkkailijat kertovat ryhmä kerrallaan parannuskohdat, mitä olisi voitu tehdä toisin simulaation aikana. Lopuksi kysytään simulaatiosta muita huomioita sekä käydään yhdessä näistä syntyvää keskustelua

## LIITE 2. SIMULAATIOKÄSIKIRJOITUS 2

<p><b>Simulaatioharjoituksen aihe:</b></p> <p><b>Aggressiivisen potilaan kohtaaminen – Alkoholia nauttinut ehdottelija</b></p>
<p><b>Opiskelijoiden valmistautuminen harjoitukseen:</b></p> <p><a href="http://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/epaasiallinen-kohtelu">http://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/epaasiallinen-kohtelu</a></p>
<p><b>Tavoitteet:</b></p> <p>Opiskelija ymmärtää kosketuksen merkityksen mahdollisen epäasiallisen käytöksen laukaisijana. Opiskelija ymmärtää olla lähtemättä mukaan roisin huumorin käyttöön. Opiskelija osaa toimia tilanteessa, kun potilas käy käsi sopimattomasti hoitajaan. Opiskelija osaa sopimattoman käytöksen jatkuessa pyytää toista hoitajaa jatkaa potilaan hoitoa.</p>
<p><b>Ohjaajien roolit:</b> Opettaja näyttölee Jormaa</p> <p><b>Simulaatiossa toimivien roolit:</b> Hoitaja 1 ja hoitaja 2</p>
<p><b>Potilaan nimi, taustatiedot, kotilääkitys sekä lähtötilanne ja siihen liittyvät ongelmat:</b></p> <p>Jorma Alapitkä 41 vuotias lievästi obeesi mies. Sairauksina hypertensio sekä tyypin 2 diabetes. Lääkitys Cardace 5mg x 1, Januvia 100mg x 2 ja Diformin Retard 500mg x 2. Potilas ollut viettämässä kosteaa iltaa kavereiden kesken, kunnes siirryttäessä kuppilaan kaatunut itselleen tuntemattomasta syystä ja lyönyt päänsä asfalttiin. Kaverit soittaneet ambulanssin ja potilas kuljetettu tutkimuksiin. Ambulanssissa verenpaineet 197/110 p.102 ja verensokeri 29.8. Pään CT:ssä ei mitään näkynyt, mutta korkean promilletason, muistikatkon ja korkean verenpaineen sekä verensokerin takia otettu tarkkailuun päivystysosastolle.</p> <p>Kaksi hoitajaa tulossa ottamaan potilaalta perusmittaukset sekä tarkistamaan lääkityksen ja voinnin. HARJOITUS VOI ALKAA.</p>
<p><b>Toimintaympäristön lavastaminen ja varattava välineistö:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilassänky</li> <li>- Verenpainemittari</li> <li>- Alkometri</li> <li>- Verensokerimittari</li> </ul>
<p><b>Ohjeistus simulaatiossa toimiville ja tarkkailijoille:</b></p> <p>Tarkkailijat jaetaan kolmeen ryhmään:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryhmä 1 seuraa hoitajien keskinäistä vuorovaikutusta</li> <li>• Ryhmä 2 seuraa hoitajien elekieltä ja sen vaikutusta potilaaseen</li> <li>• Ryhmä 3 seuraa mitä toimenpiteitä hoitajat tekevät miten se vaikuttaa tilanteen etenemiseen</li> </ul>
<p><b>Simulaation eteneminen:</b></p> <p>Jorma makoilee vuoteessa ja on selvästi hieman kiihtynyt joutuessaan viettämään aikaa sairaalassa. Hän kokee olonsa hyväksi ja haluaisi lähteä keskustaan kavereiden mukaan. Hoitajat saapuvat potilashuoneeseen suorittamaan mittauksia, tarkistamaan potilaan voinnin sekä haastattelemaan sairaushistoriasta ja lääkkeiden ottamisesta.</p>

Jorma käyttäytyy koko ajan hoitotoimia kohtaan kieltäytyvästi, käyttäytyy selvästi humalassa olevalta ja heittelee ehdottelevia kommentteja hoitajille heidän lähestyessään, kuten ”Eikö täällä pesut kuulu hoitajien tehdä potilaille, sehän se mieltä parantaisi!” sekä ”Lähde tyttö rimpsalle mukaan, tarjoon sulle bissen ja kyydin kotiin”.

Hoitajien tehtävät:

- Hoitajien tulee asettaa tiukat rajat potilaalle kielenkäytöstä sekä toiminnasta.
- Hoitajien tulee selittää mittausten tarpeellisuus
- Tarvittaessa hoitajien tulee pyytää lisäapua tai vaihtaa hoitajaa toiseen
- Pitää turvallinen turvaväli potilaan ja hoitajien välillä
- Mikäli potilas koskettaa hoitajaa sopimattomasti, osaa opiskelija ilmoittaa välittömästi potilaalle, ettei hyväksy hänen käytöstään ja siirtää tarvittaessa muun muassa potilaan kädet irti omasta kehosta.

Potilaan reaktiot:

- Hoitajien lähteminen mukaan potilaan heittoihin kiihdyttää potilaan seksuaalisävytteisiä heittoja
- Mikäli hoitajat eivät ole tiukkoja rajojen suhteen, jatkaa potilas toimintaa

### **Jälkipuinti:**

Jälkipuinti aloitetaan pyytämällä toimijat kertomaan simulaation kulun omin sanoin ja tuntemukset simulaatiosta. Tämän jälkeen toimijat saavat kertoa omat positiiviset kokemukset simulaatiosta, mikä meni hyvin. Tarkkailijat kertovat ryhmä kerrallaan omat positiiviset huomionsa simulaatiosta. Toimijat kertovat mitä olisivat omasta mielestään voineet tehdä toisin harjoituksessa. Tarkkailijat kertovat ryhmä kerrallaan parannuskohdat, mitä olisi voitu tehdä toisin simulaation aikana. Lopuksi kysytään simulaatiosta muita huomioita sekä käydään yhdessä näistä syntyvää keskustelua

## LIITE 3. SIMULAATIOKÄSIKIRJOITUS 3

<p><b>Simulaatioharjoituksen aihe:</b></p> <p><b>Aggressiivisen potilaan kohtaaminen – Psykoottinen skitsofreenikko</b></p>
<p><b>Opiskelijoiden valmistautuminen harjoitukseen:</b></p> <p><a href="http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/d*uo/duo92766.pdf">http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/d*uo/duo92766.pdf</a></p> <p><a href="http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050#s13_1">http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050#s13_1</a></p> <p>Käypä hoito suositus 2015. Skitsofrenia.</p> <p>Käypä hoito suosituksesta oleellista lukea kohta ”akuuttivaiheen psykoosilääkehoito”</p>
<p><b>Tavoitteet:</b></p> <p>Opiskelija osaa arvioida tilanteen ja tiedostaa väkivallan uhan. Opiskelija kykenee erottamaan psykoosin muista sairauksista, jotka aiheuttavat kiihtynyttä käytöstä. Opiskelija osaa varmistaa esteettömän pakoreitin. Opiskelija pyrkii selvittämään kiihtymiselle syyn.</p>
<p><b>Ohjaajien roolit:</b> Opinnäytetyöntekijä toimii potilaan roolissa, toinen opinnäytetyöneikijä toimii tarkkailijana sekä valvoo simulaation etenemistä. Opinnäytetyöntekijät kertovat yhdessä simulaation lähtötilanteen.</p> <p><b>Simulaatiossa toimivien roolit:</b> Kotihoidontyöntekijä 1 ja 2</p>
<p><b>Potilaan nimi, taustatiedot, kotilääkitys sekä lähtötilanne ja siihen liittyvät ongelmat:</b></p> <p>Jarmo Velmunen, 30-vuotias psykiatrisen kotihoidon piiriin kuuluva psykiatrinen kuntoutuja. Lääkityksenä Zyp-rexa 15mg x 1. Jarmo on lapsesta asti kuulunut mielenterveys palveluiden piiriin menetettyään vanhempansa auto-onnettomuudessa Jarmon ollessa 12-vuotias. Nuorena todettu skitsofrenia ja aikaisempi psykoottinen vaihe ovat vaikeuttaneet Jarmon elämää, kunnes hän kuluneen vuoden aikana on päässyt kotihoidon piiriin opettelemaan omatoimista elämää. Osana tätä opettelua Jarmo otti itselleen koiran hoidettavakseen. Iltaisin kotihoidontyöntekijät käyvät Jarmon luona tarkistamassa voinnin sekä antamassa iltalääkkeet. Hoitajat saapuvat iltakierrokselle Jarmon kotiin, jolloin he huomaavat jotain olevan vialla. Hoitajien tehtävä on nyt arvioida tilanne ja päättää kuinka Jarmon kanssa heidän tulisi edetä. HARJOITUS ALKAA TÄSTÄ.</p>
<p><b>Toimintaympäristön lavastaminen ja varattava välineistö:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pöytä</li> <li>• Sohva/tuoleja</li> <li>• Kodin irtaimistoa ja tavaroita ympäriinsä sekaisin</li> </ul>
<p><b>Ohjeistus simulaatiossa toimiville ja tarkkailijoille:</b></p> <p>Tarkkailijat jaetaan kolmeen ryhmään:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryhmä 1 seuraa hoitajien keskinäistä vuorovaikutusta</li> <li>• Ryhmä 2 seuraa hoitajien elekieltä ja sen vaikutusta potilaaseen</li> <li>• Ryhmä 3 seuraa mitä toimenpiteitä hoitajat tekevät miten se vaikuttaa tilanteen etenemiseen</li> </ul>
<p><b>Simulaation eteneminen ja hyväksytty hoitokäytäntö:</b></p> <p>Hoitajat 1 ja 2 saapuvat Jarmon kotiin. Asunnossa on tavarat lattialla ja pöydällä sekaisin. Jarmo istuu kulmassa lattialla ja mumisee yksin selvästi kiihtyneenä. Jarmo toistelee kuinka lemmikkikoira Nassu on hävinnyt ja sen on varmasti hakenut häntä seuraavat ihmiset. Jarmo on heti alussa hoitajia ja heidän tarkoituksensa kohtaan epäileväinen.</p>



**Hoitajien tehtävät:**

- Siirtää itselle ja potilaalle tilaa lattialle päästä vapaasti siirtymään tilaan sekä perääntymään tilasta tarvittaessa pois
- Lähestyä sivuttaisessa asennossa asuntoon sisälle
- Aloittaa keskustelu Jarmon kanssa ja selvittää syy kiihtymiselle
- Löytää yhteinen sopimus/päämäärä potilaan kanssa tilanteen selvittämiseksi
- Soittaa apua Jarmolle
- Osaavat kommunikoida rauhallisesti
- Pitää turvallinen turvaväli potilaan ja hoitajien välillä

**Potilaan reaktiot:**

- Epäkunnioittava puhe tai lauseiden keskeyttäminen provosoi
- Harhojen epäileminen/vähättely provosoi
- Käskeminen provosoi
- Hoitajien uhkaava asento provosoi
- Rauhallinen ja tavoitteellinen keskustelu rauhhoittaa

Hoitajien provosoiva käytös saa Jarmon epäilemään hoitajien olevan samoja henkilöitä, jotka ovat seuranneet lapsesta asti ja kaappaavan vielä Jarmonkin.

Hoitajien rauhoittava käytös johtaa Jarmon yhteistyöhön hoitoon lähtöön, jotta asiat selviävät.

**Jälkipuinti:**

Jälkipuinti aloitetaan pyytämällä toimijat kertomaan simulaation kulun omin sanoin ja tuntemukset simulaatiosta. Tämän jälkeen toimijat saavat kertoa omat positiiviset kokemukset simulaatiosta, mikä meni hyvin. Tarkkailijat kertovat ryhmä kerrallaan omat positiiviset huomionsa simulaatiosta. Toimijat kertovat mitä olisivat omasta mielestään voineet tehdä toisin harjoituksessa. Tarkkailijat kertovat ryhmä kerrallaan parannuskohdat, mitä olisi voitu tehdä toisin simulaation aikana. Lopuksi kysytään simulaatiosta muita huomioita sekä käydään yhdessä näistä syntyvää keskustelua.

## LIITE 4. PALAUTELOMAKE PILOTOINTIA VARTEN

1. Koitko simulaatiotilanteen olevan todenmukainen

KYLLÄ

EI

Perustelu:

2. Oliko simulaatiotilanne liian vaikea

KYLLÄ

EI

Perustelu:

3. Koitko simulaation olevan opettavainen

KYLLÄ

EI

Perustelu: